

N° 82-622-X au catalogue — n° 008

ISSN : 1915-5204

ISBN : 978-1-100-97909-0

Document de travail

Série de documents de travail de la recherche sur la santé

Le point sur l'effet de l'immigrant en santé : mortalité selon la période d'immigration et le lieu de naissance

par Edward Ng et l'équipe de recherche sur les DLAS

Division de l'analyse de la santé
24-A, Immeuble R.-H.-Coats, Ottawa K1A 0T6

Telephone: 1-800-263-1136



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Le point sur l'effet de l'immigrant en santé : mortalité selon la période d'immigration et le lieu de naissance

par Edward Ng et l'équipe de recherche sur les DLAS

82-622-X N° 008
ISSN : 1915-5204
ISBN : 978-1-100-97909-0

Statistique Canada
Division de l'analyse de la santé
24-A, immeuble R.-H.-Coats, 100, promenade Tunney's Pasture, Ottawa K1A 0T6
Numéro de téléphone : 613-951-5308
Numéro de télécopieur : 613-951-3959
Courriel :
edward.ng@statcan.gc.ca

Le document est disponible en format électronique à www.statcan.gc.ca

Septembre 2011

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2011

Tous droits réservés. Le contenu de la présente publication électronique peut être reproduit en tout ou en partie, par quelque moyen que ce soit, sans autre autorisation de Statistique Canada, sous réserve que la reproduction soit effectuée uniquement à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé destiné aux journaux et/ou à des fins non commerciales. Statistique Canada doit être cité comme suit : Source (ou « Adapté de », s'il y a lieu) : Statistique Canada, année de publication, nom du produit, numéro au catalogue, volume et numéro, période de référence et page(s). Autrement, il est interdit de reproduire le contenu de la présente publication, de l'emmagasiner dans un système d'extraction ou de le transmettre sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, reproduction électronique, mécanique, photographique, pour quelque fin que ce soit, sans l'autorisation écrite préalable des Services d'octroi de licences, Division de la gestion de l'information, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada K1A 0T6.

This publication is also available in English (catalogue No. 82-622-X, No. 008).

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont également publiées sur le site Web www.statcan.gc.ca sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens ».

Au sujet de Statistique Canada

La *Loi sur la statistique* autorise Statistique Canada à recueillir, compiler, analyser, dépouiller et publier des renseignements statistiques sur la santé et le bien-être de la population du Canada. Nous effectuons des enquêtes auprès des Canadiens et nous recueillons des données administratives, afin de comprendre l'état de santé de la nation, les caractéristiques et les comportements qui favorisent la santé ou qui lui sont nuisibles, les interactions des Canadiens avec le système de santé, les mesures directes de la santé, la dynamique de la santé au fil du temps et les résultats en matière de santé.

Nous informons la population canadienne grâce à l'analyse et à la diffusion de nos fonds de données. Statistique Canada publie mensuellement les *Rapports sur la santé*, une revue indexée avec comité de lecture qui est consacrée à la recherche sur la santé de la population et sur les services de santé.

Pour plus de renseignements, consultez notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Au sujet de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé

L'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé (DLAS) est un partenariat entre les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et Statistique Canada, ainsi que l'Institut canadien d'information sur la santé, le Conseil canadien des registres du cancer et le Conseil de la statistique de l'état civil du Canada. L'objectif est de faire en sorte que les données administratives clés, comme celles systématiquement recueillies par l'intermédiaire du système de santé, puissent être utilisées pour entreprendre des recherches pancanadiennes sur les rapports entre les facteurs de risque, les caractéristiques socioéconomiques, les mesures de l'état de santé et l'utilisation des soins de santé. Les travaux de recherche comprennent le couplage des données administratives provinciales et territoriales sur la santé entre elles et avec celles provenant des enquêtes sur la santé de la population menées par Statistique Canada, des données de références de données sur les naissances et les décès et du Registre canadien du cancer. Outre qu'elles viennent compléter la recherche permanente au moyen du couplage d'enregistrements dans les différentes provinces, les études sur les DLAS suscitent des possibilités d'apprentissage, grâce à des comparaisons entre les secteurs de compétence, ainsi qu'à des études plus larges pour des types d'événements et des problèmes de santé moins courants. L'Initiative sur les DLAS a pour objectif d'établir les fondements d'un programme canadien de couplage d'enregistrements, en vue d'élargir le champ des connaissances sur les déterminants de la santé et les résultats en matière de santé, ainsi que les rapports qui existent entre eux.

Statistique Canada est l'organe opérationnel du partenariat concernant les DLAS. Deux divisions de Statistique Canada, la Division de la statistique de la santé (DSS) et la Division de l'analyse de la santé (DAS), collaborent au soutien de l'Initiative.

La DSS est responsable du soutien administratif permanent, y compris l'organisation des réunions du comité directeur et la fourniture de services de secrétariat à l'Initiative. Elle est également responsable de la construction et de l'entretien de l'environnement de traitement des données de l'Initiative sur les DLAS, du stockage et du traitement sécuritaires des ensembles de données des DLAS et de la production de fichiers de données d'analyse couplés pour toutes les études approuvées.

La DAS assure le soutien de la recherche par l'entremise de l'équipe de recherche sur les DLAS. Elle est la source principale de la recherche sur la santé à Statistique Canada. Elle a pour mandat de fournir des renseignements de haute qualité, pertinents et complets sur l'état de santé de la population et sur le système de soins de santé.

Remerciements

Statistique Canada remercie les nombreuses personnes qui ont participé à l'élaboration du présent rapport. En particulier, nous tenons à exprimer notre appréciation aux membres du Comité de l'Initiative sur les DLAS qui a dégagé les domaines de recherche prioritaires et fourni des commentaires essentiels :

Adalsteinn Brown (coprésident, Ontario)
Michael Wolfson (coprésident, Statistique Canada, 2007 à 2009)
Anil Arora (coprésident, Statistique Canada, 2009 à 2010)
Rosemary Bender (coprésidente, Statistique Canada, 2010 à 2011)
Joy Maddigan (Terre-Neuve-et-Labrador)
Ann Vivian-Beresford (Terre-Neuve-et-Labrador)
Pat Charlton (Île-du-Prince-Édouard)
John Boyne (Nouveau-Brunswick)
David Elliott (Nouvelle-Écosse)
Sten Ardal (Ontario)
Vasanthi Srinivasan (Ontario)
Louis Barre (Manitoba et Institut canadien d'information sur la santé)
Deborah Malazdrewicz (Manitoba)
Jacqueline Messer-Lepage (Saskatchewan)
Bev Walkner (Alberta)
Ian Rongve (Colombie-Britannique)
Jean-Marie Berthelot (Institut canadien d'information sur la santé)
Jeff Latimer (Statistique Canada)
Jillian Oderkirk (Statistique Canada)
Pamela White (Statistique Canada)

Les analyses et les conclusions du présent rapport ne reflètent pas forcément celles des divers représentants des provinces ni de leurs ministères de la Santé respectifs.

Les membres de l'équipe de recherche sur les DLAS qui ont assuré la direction scientifique du projet comprennent Gisèle Carrière, Helen Johansen, Edward Ng, Michelle Rotermann et Claudia Sanmartin.

Nous remercions également Bob Kingsley et Richard Trudeau de leur leadership et leur détermination à l'égard de la réalisation des objectifs en matière de données de l'Initiative sur les DLAS.

Nous remercions aussi Bilkis Vissandjée pour ses conseils d'expert relativement à ces travaux.

Le financement principal de l'Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement a été assuré par l'Initiative sur la santé de la population canadienne, qui relève de l'Institut canadien d'information sur la santé. Nous voulons aussi souligner l'importance des registres provinciaux et territoriaux de la statistique de l'état civil au Canada, qui fournissent les données sur les décès pour la Base canadienne de données sur la mortalité.

Sommaire

- Selon le Recensement de 2006, près de 20 % de la population canadienne est née à l'étranger.
- En 2031, ce pourcentage devrait atteindre au moins 25 %.
- Les origines de la population immigrante sont de plus en plus diversifiées.
- Dans le cadre des études fondées sur les taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA), on a déterminé un effet de l'immigrant en santé, y compris des taux globaux plus faibles chez les immigrants.
- Un effet de durée a aussi été observé, l'avantage des immigrants au chapitre de la mortalité diminuant au fur et à mesure des années passées au Canada.
- Les TMNA fondés sur l'étude de suivi de la mortalité selon le recensement de 1991 à 2001 font ressortir un effet de l'immigrant en santé et un effet de durée au niveau national pour la mortalité toutes causes confondues et les décès attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire et au cancer.
- Ces généralisations masquent une hétérogénéité considérable parmi les groupes d'immigrants.
- Les TMNA différaient aussi selon la région du monde du lieu de naissance des immigrants et selon le sexe.
- Au niveau national, un effet de l'immigrant en santé a été observé selon la région du monde pour les hommes; cependant, selon la cause de décès, il n'a pas été observé pour les femmes provenant des États-Unis, de l'Afrique subsaharienne ou de l'Asie du Sud.
- À Toronto, Montréal et Vancouver, on a observé une absence d'effet global de l'immigrant en santé pour la mortalité toutes causes confondues dans le cas des femmes provenant des États-Unis et de l'Afrique subsaharienne et pour certains hommes de ces régions.
- Les TMNA pour les personnes en provenance du Royaume-Uni, de l'Inde et de la Chine allaient dans le sens d'un effet global de l'immigrant en santé au niveau national; toutefois, les TMNA des femmes de l'Inde vivant à Toronto et à Montréal et des femmes du Royaume-Uni vivant à Vancouver se rapprochaient davantage de ceux des femmes nées au Canada. Les niveaux de TMNA parmi les femmes de l'Inde sont le résultat des taux de maladies de l'appareil circulatoire plus élevés. À Montréal, les TMNA par cancer étaient plus élevés chez les femmes provenant de la Chine.

Table des matières

Introduction	1
Sources des données, définitions et méthodes	2
Résultats	3
Résultats descriptifs	3
Résultats analytiques	3
Globaux	3
Région du monde	5
Région métropolitaine de recensement (RMR)	5
Chine, Inde et Royaume-Uni	5
Discussion	7
Limites	8
Orientations pour l'avenir	8
Références	9
Annexe	10

Introduction

Ces dernières années, le nombre annuel d'immigrants au Canada a totalisé plus de 230 000¹. Environ les deux tiers (69,3 %) de la hausse de 1,6 million de la population canadienne entre 2001 et 2006 sont attribuables à l'immigration. En 2006, les immigrants représentaient le cinquième (19,8 %) de la population, un pourcentage qui devrait atteindre de 25 % à 28 % d'ici 2031².

L'état de santé et les besoins de soins de santé de cette proportion importante et croissante de la population ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux des personnes nées au Canada^{3,4}. Des études antérieures ont déterminé un « effet de l'immigrant en santé », c'est-à-dire plus précisément que l'état de santé des immigrants est meilleur que celui des personnes nées au Canada, mais qu'il a tendance à se détériorer, au fur et à mesure des années passées au Canada^{5,6}. Cette réduction de l'avantage des immigrants au chapitre de la santé ressort dans les données autodéclarées sur l'état de santé général⁷⁻⁹, les problèmes de santé chroniques^{10,11}, les incapacités¹², et la santé mentale¹³⁻¹⁵. Toutefois, le rapport entre l'immigration et la santé est complexe. Il fait intervenir des facteurs précédant et suivant l'immigration, pour lesquels on manque souvent de données. Ainsi, la comparaison de l'état de santé des immigrants et de celui de la population née au Canada pose un défi¹⁶.

Parmi les autres facteurs figure la diversité de plus en plus grande des origines des immigrants. Depuis les années 60, les pays non européens ont remplacé les pays européens comme principaux pays d'origine. Par conséquent, il est important d'analyser l'effet de l'immigrant en santé selon la région du monde et la période d'immigration. Toutefois, la petite taille des échantillons signifie que la plupart des études ne peuvent être menées à ce niveau de détail.

Un examen exhaustif des analyses du rapport entre l'immigration et la santé¹⁷ a permis de déterminer que les études relativement peu nombreuses de la mortalité par cause chez les immigrants, comparativement à la population canadienne, appuient généralement la notion d'effet de l'immigrant en santé¹⁸⁻²². Plus récemment, on a comparé la mortalité toutes causes confondues des immigrants à celle de la population née au Canada²³⁻²⁶. À partir de données sur la mortalité non couplées pour 1991, Trovato²³ a trouvé des preuves de l'effet de l'immigrant en santé, mais n'a pas pu examiner les associations avec la période d'immigration, la

catégorie d'immigrant ou les facteurs socioéconomiques. DesMeules et coll.²⁶ ont couplé un échantillon aléatoire de dossiers d'établissement de Citoyenneté et Immigration Canada pour 1980 à 1990 à des données sur la mortalité pour 1980 à 1999, pour toutes les provinces, et à des données sur les soins de santé pour l'Ontario, le Québec et la Colombie-Britannique, afin d'étudier les risques de mortalité selon l'âge, le sexe, la région de naissance, la catégorie d'immigrant et le temps passé au Canada. Les résultats appuient généralement la notion d'effet de l'immigrant en santé et sa disparition éventuelle, mises à part certaines exceptions par cause. Même si elle comportait des lacunes du point de vue des données socioéconomiques, cette étude comprenait des renseignements détaillés sur l'immigration (p. ex., le statut d'immigrant, la catégorie d'immigrant et la période d'immigration). Elle a aussi permis de déterminer des taux de mortalité plus élevés chez les réfugiés que chez les autres immigrants.

La présente analyse utilise les données de l'Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement de 1991 à 2001, afin d'explorer les associations entre la mortalité et des facteurs de l'immigration comme le pays de naissance et la période d'immigration. Une analyse antérieure de la même base de données par Wilkins et coll.²⁶ a montré un effet de l'immigrant en santé, mais les résultats avaient trait à l'ensemble de la population immigrante, pour les deux sexes confondus. Les objectifs de la présente étude consistaient à déterminer :

1. si les immigrants ont tendance à avoir un meilleur état de santé, selon les taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA), que la population née au Canada (effet global de l'immigrant en santé);
2. si l'avantage initial des immigrants au chapitre de la santé diminue au fil du temps (effet de durée);
3. comment les résultats varient pour des sous-groupes d'immigrants, selon la région du monde et certains pays, au niveau du Canada et à Toronto, Montréal et Vancouver.

L'analyse a été menée séparément selon le sexe pour toutes les causes confondues, ainsi que pour les maladies de l'appareil circulatoire et le cancer. Pour simplifier la présentation, les résultats par cause sont inclus en annexe.

Sources des données, définitions et méthodes

L'Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement de 1991 à 2001 repose sur une cohorte couplée de façon probabiliste et constituée d'un échantillon de 15 % ($n = 2\,735\,152$) de la population de 25 ans et plus ne vivant pas en établissement, qui a été entièrement dénombrée au moyen du questionnaire complet du Recensement de 1991. Cette cohorte a fait l'objet d'un suivi de la mortalité, du 4 juin 1991 au 31 décembre 2001 inclusivement. Comme les noms des personnes ne figuraient pas dans la base de données du recensement, mais étaient nécessaires pour le couplage avec les données sur la mortalité, la création de la cohorte a nécessité deux couplages probabilistes. Tout d'abord, les participants admissibles au recensement ont été couplés à un fichier de liste nominale (de noms) (tiré des données des déclarants fiscaux de 1990 à 1991, puis chiffré) au moyen de variables communes, comme la date de naissance, le code postal et la date de naissance du conjoint (le cas échéant); 80 % des participants admissibles ont été appariés avec succès. Puis, le recensement et les noms chiffrés ont été appariés à la Base canadienne de données sur la mortalité. À partir des décès pour 1991, qui ont pu être déterminés de façon indépendante dans la Base canadienne de données sur la mortalité et/ou dans le fichier de noms, la détermination des décès des membres de la cohorte visée par le suivi de la mortalité a été estimée à 97 % globalement. De façon plus particulière, plus de 260 000 décès sur la période de suivi de 10,6 ans ont été couplés à l'échantillon²⁶.

Dans le cadre du Recensement de 1991, les immigrants ont été définis comme les personnes qui étaient ou avaient été des immigrants reçus au Canada. Un immigrant reçu n'est pas un citoyen canadien par naissance, mais a obtenu des autorités canadiennes de l'immigration le droit de vivre au Canada en permanence. Dans la présente étude, la population née au Canada (non-immigrants) constitue le groupe de référence. L'analyse exclut les demandeurs de statut de réfugié et les résidents non permanents, c'est-à-dire les personnes qui ont un permis de travail ou un permis de séjour pour étudiant.

Pour examiner l'aspect de la durée de l'effet de l'immigrant en santé, les immigrants ont été classés selon la période d'immigration et la région du monde du lieu de naissance. Les catégories de périodes d'immigration étaient les suivantes : avant 1970 (immigrants établis), de 1970 à la fin de 1980 (immigrants à moyen terme) et de 1981 à la fin de juin 1991 (immigrants récents). Les régions du monde ont été définies ainsi : États-Unis, Caraïbes/Amérique centrale et Amérique du Sud, Europe de l'Ouest, Europe de l'Est, Afrique subsaharienne, Afrique du Nord/Moyen-Orient/Asie de l'Ouest, Asie du Sud, Asie du Sud-Est, Asie de l'Est et Océanie (tableau A en annexe). Il s'agit de classifications du lieu de naissance non uniformes du Recensement de 1991, qui ont été établies afin d'obtenir un équilibre entre la création de catégories homogènes pour la recherche épidémiologique et un nombre gérable de groupes. Par exemple, pour plus de concision, on a combiné l'Afrique du Sud, l'Afrique centrale, l'Afrique de l'Est et l'Afrique de l'Ouest, tandis que l'Afrique du Nord, l'Asie de l'Ouest et le Moyen-Orient ont été regroupés, parce que les habitants de ces régions partagent des caractéristiques culturelles et épidémiologiques. L'Asie du Sud, l'Asie du Sud-Est et l'Asie de l'Est ont fait l'objet de catégories distinctes selon la définition du Recensement de 1991, sauf Singapour, qui fait partie de l'Asie du Sud-Est dans la définition du recensement, mais qui a été incluse dans l'Asie de l'Est en raison de similitudes socioéconomiques et culturelles. Dans le cas de l'Europe, les regroupements normalisés de l'Europe de l'Ouest, de l'Europe du Sud et de l'Europe du Nord dans le Recensement de 1991 ont été combinés aux pays scandinaves pour former l'Europe de l'Ouest, sauf l'Albanie et la Yougoslavie, qui font partie de l'Europe du Sud dans la définition du recensement et qui ont été incluses dans l'Europe de l'Est. L'Amérique du Sud et l'Amérique centrale (y compris le Mexique), ainsi que les Caraïbes, ont été combinées. Les États-Unis d'Amérique ont fait l'objet d'une catégorie distincte plutôt que d'être regroupés avec l'Amérique du Nord. Le Groenland et St-Pierre-et-Miquelon, les deux autres composantes de l'Amérique du Nord, ont été inclus avec l'Océanie. Toutefois, l'Océanie a été supprimée des analyses selon la région du monde du lieu de naissance en raison de la petite taille de l'échantillon ($n=4\,600$).

La population immigrante peut être très diverse, même en provenance de la même région du monde du lieu de naissance. Afin de préciser les résultats, les immigrants de trois pays — la Chine (y compris Hong Kong), l'Inde et le Royaume-Uni — ont été sélectionnés pour une analyse plus approfondie. Depuis les années 1980, la République populaire de Chine et l'Inde sont devenus les principales sources d'immigrants au Canada, alors que le Royaume-Uni en avait été une antérieurement. Du fait que les données de base ont été obtenues en 1991, avant l'afflux d'immigrants de la République populaire de Chine, les personnes comprises dans l'échantillon qui étaient nées là-bas étaient les plus susceptibles d'avoir vécu à Hong Kong avant d'immigrer au Canada. Aux fins de la présente analyse, on a regroupé la République populaire de Chine et Hong Kong.

L'étude examine aussi la mortalité dans les trois régions métropolitaines de recensement (RMR) qui servent de porte d'entrée aux immigrants : Toronto, Montréal et Vancouver. Pour ces analyses, le groupe de référence était la population née au Canada dans chaque RMR.

Des taux de mortalité normalisés selon l'âge et le sexe par tranche d'âge de cinq ans (à la date de référence) ont servi à calculer le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA), sur la base de la structure de la population de la cohorte de suivi de la mortalité selon le recensement. Les TMNA et les ratios de taux ont été calculés selon le sexe et les caractéristiques clés de l'immigration globalement et pour les maladies du système circulatoire (CIM9, codes 390 à 459) et le cancer (CIM9, codes 140 à 239), qui sont les deux principales causes de décès au Canada²⁷. Les TMNA ont été calculés au niveau national selon le sexe pour :

1. la population totale;
2. la population née au Canada (référence);
3. la population immigrante totale selon la période d'immigration;
4. la population immigrante selon la région du monde du lieu de naissance et la période d'immigration;
5. la population immigrante pour certains pays de naissance.

Ces calculs ont été effectués séparément pour la mortalité toutes causes confondues et par cause. Ces étapes ont été reprises pour les RMR sélectionnées, à l'exception de la période d'immigration, pour laquelle cela n'était pas toujours possible en raison des petites tailles d'échantillons. Des ratios de taux ont été calculés pour déterminer si les TMNA des divers sous-groupes d'immigrants différaient de façon significative de ceux de la population née au Canada correspondante — l'effet global de l'immigrant en santé. L'effet de durée a été déterminé sur la base de l'observation d'une diminution de l'avantage des immigrants au chapitre de la santé, dont rend compte l'augmentation des TMNA en fonction du nombre d'années passées au Canada indiqué par la période d'immigration.

Des données ont été supprimées selon les lignes directrices en matière de qualité de Statistique Canada. On a utilisé le coefficient de variation pour s'assurer que les estimations des TMNA puissent être diffusées; les estimations comportant un coefficient de variation supérieur à 33,3 % ont été supprimées.

Résultats

Résultats descriptifs

La cohorte totale de suivi de la mortalité selon le recensement de 1991 à 2001 comptait 2,7 millions de personnes qui étaient âgées de 25 ans et plus en 1991; 552 300 ou 20 % étaient des immigrants (tableau B en annexe). L'Europe de l'Ouest (qui comprend l'Europe du Nord, l'Europe du Sud et l'Europe de l'Ouest) était la principale région d'origine (près de 50 %), suivie par l'Europe de l'Est (13 %), les Caraïbes/l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud (8 %) et l'Asie de l'Est (8 %). La majorité des immigrants (56 %) étaient des immigrants établis arrivés au Canada avant 1971; 23 % sont arrivés entre 1971 et 1981, et 21 % étaient des immigrants de date plus récente, qui sont arrivés au cours de la période de 1981 à 1991. Le Recensement de 1991 a montré que les immigrants de l'Europe et des États-Unis étaient les plus susceptibles d'être des immigrants établis, tandis que ceux de l'Asie et de l'Afrique étaient plus

susceptibles d'être des immigrants récents. Par exemple, plus de 70 % des immigrants européens sont arrivés avant 1971, tandis que le pourcentage pour les immigrants de l'Asie du Sud était de 8 %.

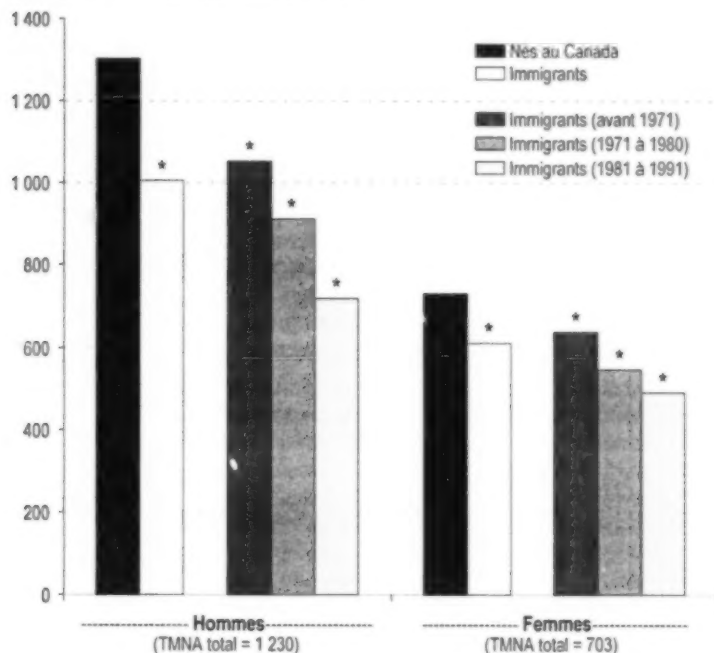
En 1991, près d'un immigrant adulte sur cinq (19 %) était âgé de 65 ans et plus, comparativement à 15 % des adultes nés au Canada. Par ailleurs, le pourcentage de personnes âgées variait selon la région d'origine, ce qui rend compte des périodes d'immigration; par exemple, 36 % des immigrants nés en Europe de l'Est étaient des personnes âgées, comparativement à 5 % de ceux qui provenaient de l'Afrique subsaharienne.

En 1991, plus de la moitié (54 %) des immigrants vivaient à Toronto, Montréal ou Vancouver, tandis que 25 % des adultes nés au Canada vivaient dans ces trois villes. Par ailleurs, le pourcentage variait selon le lieu de naissance : 27 % des personnes provenant des États-Unis vivaient dans ces trois RMR, comparativement à 75 % de celles provenant de l'Asie de l'Est.

Figure 1

Taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) des immigrants, selon le sexe et la période d'immigration, comparativement aux membres de la cohorte nés au Canada, population ne vivant pas en établissement de 25 ans et plus à la date de référence, Canada, 1991 à 2001

Décès pour 100 000 années-personnes à risque



* différence significative par rapport à la population née au Canada

Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001.

Résultats analytiques

Globaux

Pour la population adulte du Canada prise globalement, les taux de mortalité normalisés selon l'âge (TMNA) pour 100 000 années-personnes à risque étaient de 1 230 pour les hommes et de 703 pour les femmes (figure 1). La population immigrante affichait des TMNA significativement plus faibles que les adultes nés au Canada : 1 006 comparativement à 1 305 pour les hommes, et 610 comparativement à 731 pour les femmes.

L'augmentation des TMNA au fur et à mesure du nombre d'années passées au Canada rend compte de la perte par les immigrants de leur avantage au chapitre de la santé au fil du temps. Les TMNA chez les hommes immigrants se situaient à 720, 913 et 1 054 pour les cohortes d'immigrants récents, à moyen terme et établis, respectivement. Chez les femmes immigrantes, les taux correspondants étaient de 491, 546 et 637. Ces taux étaient toutefois de beaucoup inférieurs à ceux pour la population née au Canada.

Un effet de l'immigrant en santé est aussi ressorti pour deux principales causes de

Tableau 1

Décès et taux de mortalité bruts et normalisés selon l'âge pour 100 000 années-personnes à risque chez les immigrants, selon le sexe, la région du monde du lieu de naissance et la période d'immigration, comparativement aux membres de la cohorte nés au Canada, population ne vivant pas en établissement de 25 ans et plus à la date de référence, Canada, 1991 à 2001

	Hommes					Femmes				
	Taux de mortalité				Intervalle de confiance à 95 %	Taux de mortalité				Intervalle de confiance à 95 %
	Décès	Bruts	Normalisés selon l'âge			Décès	Bruts	Normalisés selon l'âge		
			de	à				de	à	
Né(e)s au Canada	120 185	1 122	1 305	1 297	1 312	84 181	752	731	726	736
Immigrants (total)	33 006	1 184	1 006*	996	1 018	22 694	819	610*	602	618
États-Unis	2 197	1 635	1 112*	1 064	1 161	2 249	1 251	699	666	733
Avant 1971	1 724	2 357	1 104*	1 048	1 163	1 846	1 944	729	687	773
1971 à 1980	353	849	1 110*	996	1 237	267	486	636*	559	724
1981 à 1991	120	610	953*	786	1 156	136	456	739	614	889
Caraïbes/Amérique centrale et Amérique du Sud	936	429	825**	764	892	766	287	487**	451	525
Avant 1971	378	707	893*	791	1 008	311	473	552*	488	625
1971 à 1980	352	384	817*	716	933	295	263	475*	419	538
1981 à 1991	206	282	750*	632	890	160	180	409*	344	487
Europe de l'Ouest	18 869	1 405	1 055**	1 040	1 071	12 957	1 017	642**	630	653
Avant 1971	17 328	1 656	1 070*	1 052	1 087	11 778	1 198	649*	636	662
1971 à 1980	1 144	550	1 056*	989	1 127	814	404	587*	545	632
1981 à 1991	397	449	898*	811	995	365	408	573*	513	639
Europe de l'Est	7 445	2 124	1 048**	1 023	1 075	4 358	1 361	605**	585	626
Avant 1971	6 991	2 887	1 062*	1 028	1 097	3 994	1 875	609*	582	637
1971 à 1980	262	722	954*	837	1 087	216	555	573*	499	658
1981 à 1991	192	267	862*	719	1 034	148	217	533*	447	636
Afrique subsaharienne	253	373	903*	776	1 051	177	298	640	543	755
Avant 1971	68	701	825*	636	1 071	61	696	677	518	883
1971 à 1980	124	420	990*	786	1 247	79	281	636	488	828
1981 à 1991	61	213	992	655	1 503	37	164	600	411	877
Afrique du Nord/Moyen-Orient/Asie de l'Ouest	577	482	813**	744	888	305	337	512*	456	575
Avant 1971	319	958	937*	833	1 054	159	593	538*	458	632
1971 à 1980	147	479	825*	694	979	99	423	579*	474	709
1981 à 1991	111	199	556*	439	704	47	117	395*	274	569
Asie du Sud	631	420	668**	611	730	360	278	550*	490	616
Avant 1971	218	699	861*	721	1 028	123	559	579*	478	701
1971 à 1980	246	414	703*	611	810	140	248	603	480	758
1981 à 1991	167	279	509*	424	611	97	191	517*	401	666
Asie du Sud-Est	550	348	669*	609	735	444	237	439**	395	488
Avant 1971	62	598	606*	455	808	78	469	530*	409	688
1971 à 1980	257	358	792*	661	948	184	250	432*	366	508
1981 à 1991	231	304	627*	541	726	182	187	419*	350	502
Asie de l'Est	1 406	631	794**	751	838	974	408	470**	441	500
Avant 1971	517	1 084	952*	864	1 049	366	794	501*	449	560
1971 à 1980	484	676	819*	747	898	344	442	486*	437	542
1981 à 1991	405	391	636*	565	715	264	229	402*	352	460

* va dans le sens de l'effet de durée

* différence significative par rapport à la population née au Canada

Nota : La population de référence (années-personnes à risque) pour la normalisation selon l'âge a été tirée de la répartition par âge de l'ensemble de la cohorte (tranches d'âge de cinq ans).

Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001.

décès, soit les maladies de l'appareil circulatoire et le cancer (tableau C en annexe).

Région du monde

Les TMNA variaient considérablement selon le lieu de naissance des immigrants (tableau 1). Chez les hommes, les TMNA allaient de 668 (Asie du Sud) à 1 112 (États-Unis); chez les femmes, la fourchette allait de 439 (Asie du Sud-Est) à 699 (États-Unis). En dépit de ces variations importantes, les TMNA des immigrants (particulièrement les hommes) de chaque région du monde étaient significativement plus faibles que ceux des adultes nés au Canada. Les seules exceptions étaient les femmes provenant des États-Unis et de l'Afrique subsaharienne, dont les TMNA étaient similaires à ceux des femmes nées au Canada. Pour ces groupes, les TMNA étaient plus élevés, peu importe la période d'immigration. Par exemple, le TMNA chez les immigrantes des États-Unis qui sont arrivées au cours de la période de 1981 à 1991 s'établissait à 739, comparativement à 731 pour les femmes nées au Canada.

Les régions du monde affichant un effet de durée au Canada étaient les suivantes :

- pour les deux sexes – les Caraïbes, l'Amérique centrale et l'Amérique du Sud, l'Europe de l'Ouest, l'Europe de l'Est et l'Asie de l'Est;
- pour les hommes – l'Afrique du Nord/le Moyen-Orient/ l'Asie de l'Ouest et l'Asie du Sud;
- pour les femmes – l'Asie du Sud-Est.

Par ailleurs, pour certaines régions du monde, les TMNA étaient plus faibles chez les immigrants établis que chez les immigrants arrivés plus récemment. Par exemple, les hommes qui ont immigré de l'Afrique subsaharienne avant 1971 avaient un TMNA plus faible (825) que les hommes nés au Canada (1 305), tandis que ceux qui ont immigré après 1980 avaient un TMNA plus élevé (992).

Les TMNA attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire et au cancer vont généralement dans le sens de l'effet global de l'immigrant en santé. Toutefois, les TMNA pour les maladies de l'appareil circulatoire chez les femmes de l'Asie du Sud, de l'Afrique subsaharienne et des États-Unis ne différaient pas de façon significative des chiffres pour les femmes nées au Canada (tableau D en annexe). En outre, les femmes nées aux États-Unis représentaient le seul groupe pour lequel le TMNA attribuable au cancer n'était pas significativement plus faible que celui des femmes nées au Canada (tableau E en annexe).

Région métropolitaine de recensement (RMR)

Dans l'ensemble, les TMNA pour les trois principales régions métropolitaines de recensement de destination, à savoir Toronto, Montréal et Vancouver, appuient l'effet de l'immigrant en santé. Par exemple, le TMNA pour les hommes immigrants de Toronto s'établissait à 974, ce qui est de

beaucoup inférieur au TMNA des hommes nés au Canada (1 280) dans cette RMR; les chiffres correspondants pour les femmes étaient de 589 et 775 (tableau 2).

Les TMNA au niveau de la RMR sont fortement influencés par le lieu de naissance des immigrants. En 1991, au moins 40 % des immigrants de chacune de ces trois RMR provenaient de l'Europe de l'Ouest. Par conséquent, les TMNA globaux des immigrants dans ces RMR se rapprochent davantage des niveaux affichés par les immigrants de l'Europe de l'Ouest que, par exemple, des niveaux affichés par les immigrants de l'Asie, qui étaient moins nombreux.

L'absence d'effet de l'immigrant en santé chez les femmes des États-Unis et de l'Afrique subsaharienne est ressortie au niveau de la RMR, même si les faibles nombres dans le groupe de l'Afrique subsaharienne limitent la capacité de déceler un effet. Par ailleurs, on n'a pas observé l'effet de l'immigrant en santé chez les hommes des États-Unis dans ces trois RMR. On ne l'a pas observé non plus chez les hommes de l'Afrique subsaharienne vivant à Vancouver. Toutefois, à Toronto, où près de la moitié des immigrants de l'Afrique subsaharienne résident, les TMNA étaient relativement faibles pour ce groupe.

Dans les trois RMR, les TMNA attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire chez les femmes de l'Afrique subsaharienne et de l'Asie du Sud ne différaient pas de façon significative de ceux des femmes nées au Canada; parmi les femmes provenant des États-Unis, cela était le cas non seulement pour les maladies de l'appareil circulatoire, mais aussi pour le cancer (tableaux F et G en annexe). Par ailleurs, certains groupes, même s'ils affichent un effet global de l'immigrant en santé, avaient des TMNA par cause élevés, particulièrement dans les données au niveau de la RMR. Par exemple, chez les femmes provenant de l'Europe de l'Ouest et de l'Europe de l'Est et les hommes provenant de l'Europe de l'Est vivant à Vancouver, ainsi que les hommes provenant des États-Unis dans les trois RMR, les TMNA attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire ne différaient pas de façon significative de ceux des résidents de ces trois RMR nés au Canada..

Chine, Inde et Royaume-Uni

La Chine (y compris Hong Kong) et l'Inde figurent au nombre des principaux pays d'origine depuis les années 1980; le Royaume-Uni avait été un principal pays d'origine auparavant. Un effet de l'immigrant en santé est ressorti chez les immigrants de chacun de ces lieux de naissance (données non présentées). Chez les hommes, au niveau national, les TMNA étaient de 690 pour ceux de l'Inde, de 810 pour ceux de la Chine et de 1 105 pour ceux du Royaume-Uni, comparativement à 1 305 chez les hommes nés au Canada. Chez les femmes, les TMNA étaient de 537 (Inde), 471 (Chine), 695 (Royaume-Uni) et 731 (personnes nées au Canada).

Tableau 2

Décès et taux de mortalité bruts et normalisés selon l'âge pour 100 000 années-personnes à risque chez les immigrants, selon le sexe et la région du monde du lieu de naissance, comparativement aux membres de la cohorte nés au Canada, population ne vivant pas en établissement de 25 ans et plus à la date de référence, Toronto, Montréal et Vancouver, 1991 à 2001

	Hommes					Femmes				
	Taux de mortalité					Taux de mortalité				
	Décès	Bruts	Normalisés selon l'âge	Intervalle de confiance à 95 %		Décès	Bruts	Normalisés selon l'âge	Intervalle de confiance à 95 %	
				de	à				de	à
Né(e)s au Canada										
Toronto	9 072	1 014	1 280	1 253	1 308	7 616	771	775	757	792
Montréal	13 678	1 151	1 393	1 369	1 417	10 315	771	680	667	694
Vancouver	5 168	1 103	1 233	1 199	1 268	4 009	792	731	708	754
Immigrants (total)										
Toronto	8 383	940	974*	953	996	5 650	617	589*	574	605
Montréal	3 338	1 006	929*	897	962	1 872	589	463*	442	485
Vancouver	3 151	1 069	982*	948	1 017	2 450	806	613*	588	639
États-Unis										
Toronto	199	1 087	1 129	978	1 304	198	821	671	579	778
Montréal	144	1 871	1 262	1 050	1 517	134	1 355	617	501	760
Vancouver	157	1 342	1 109	944	1 302	195	1 303	719	603	858
Caribbes/Amérique centrale et Amérique du Sud										
Toronto	468	443	869*	770	980	412	305	546*	487	613
Montréal	182	445	842*	712	996	140	267	386*	324	460
Vancouver	28	318	611*	404	925	28	268	396*	260	602
Europe de l'Ouest										
Toronto	4 645	1 191	1 062*	1 031	1 095	3 133	822	633*	610	656
Montréal	1 684	1 101	958*	910	1 008	882	644	476*	444	509
Vancouver	1 755	1 592	1 080*	1 029	1 134	1 394	1 294	676*	638	716
Europe de l'Est										
Toronto	1 939	1 763	1 014*	967	1 063	1 139	1 059	587*	552	625
Montréal	819	2 532	934*	863	1 010	441	1 364	458*	409	513
Vancouver	398	1 605	1 016*	916	1 126	265	1 246	629*	552	716
Afrique subsaharienne										
Toronto	79	285	881*	620	1 254	63	249	674	425	1 069
Montréal	15	F	F	F	F	7	F	F	F	F
Vancouver	51	558	1 135	807	1 596	33	377	810	480	1 366
Afrique du Nord/Moyen-Orient/Asie de l'Ouest										
Toronto	116	368	698*	567	860	70	285	586*	450	762
Montréal	318	636	872*	777	978	146	368	447*	379	527
Vancouver	14	249	364*	209	635	8	F	F	F	F
Asie du Sud										
Toronto	252	390	784*	641	958	150	274	626	500	783
Montréal	32	288	422*	279	637	17	206	455	273	759
Vancouver	117	467	752*	574	986	62	265	523*	393	695
Asie du Sud-Est										
Toronto	166	318	593*	500	705	141	219	432*	355	526
Montréal	73	380	765*	577	1 016	59	266	475*	356	634
Vancouver	98	423	701*	568	865	74	255	470*	365	605
Asie de l'Est										
Toronto	506	569	775*	707	850	334	350	459*	412	512
Montréal	62	583	756*	525	1 088	40	362	363*	265	498
Vancouver	477	720	829*	756	909	358	483	499*	449	554

* différence significative par rapport à la population née au Canada

F trop peu fiable pour être publié

Nota : La population de référence (années-personnes à risque) pour la normalisation selon l'âge a été tirée de la répartition par âge de l'ensemble de la cohorte (tranches d'âge de cinq ans).

Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001.

Tableau 3

Décès et taux de mortalité bruts et normalisés selon l'âge pour 100 000 années-personnes à risque chez les immigrants de la Chine (y compris Hong Kong), de l'Inde et du Royaume-Uni, selon le sexe, comparativement aux membres de la cohorte nés au Canada, population ne vivant pas en établissement de 25 ans et plus à la date de référence, Toronto, Montréal et Vancouver, 1991 à 2001

	Hommes					Femmes				
	Taux de mortalité					Taux de mortalité				
	Décès	Bruts	Normalisés selon l'âge	Intervalle de confiance à 95 %		Décès	Bruts	Normalisés selon l'âge	Intervalle de confiance à 95 %	
				de	à				de	à
Né(e)s au Canada										
Toronto	9 072	1 014	1 280	1 253	1 308	7 616	771	775	757	792
Montréal	13 678	1 151	1 393	1 369	1 417	10 315	771	680	667	694
Vancouver	5 168	1 103	1 233	1 199	1 268	4 009	792	731	708	754
Immigrants (total)										
Toronto	8 383	940	974*	953	996	5 650	617	589*	574	605
Montréal	3 338	1 006	929*	897	962	1 872	589	463*	442	485
Vancouver	3 151	1 069	982*	948	1 017	2 450	806	613*	588	639
Chine (y compris Hong Kong)										
Toronto	442	598	790*	717	871	283	365	460*	408	517
Montréal	55	644	765*	529	1 106	37	422	373*	268	518
Vancouver	425	766	854*	773	942	314	515	502*	449	561
Inde										
Toronto	198	433	796*	647	980	121	311	634	502	802
Montréal	23	359	437*	267	717	14	276	503	287	884
Vancouver	112	472	779*	595	1 019	56	252	515*	383	693
Royaume-Uni										
Toronto	1 926	1 644	1 146*	1 094	1 200	1 705	1 309	700*	664	737
Montréal	242	1 867	1 019*	890	1 166	263	1 772	580*	501	671
Vancouver	970	1 820	1 083*	1 014	1 157	941	1 601	700	650	754

* différence significative par rapport à la population née au Canada au niveau de la région métropolitaine de recensement.

Nota : La population de référence (années-personnes à risque) pour la normalisation selon l'âge a été tirée de la répartition par âge de l'ensemble de la cohorte (tranches d'âge de cinq ans).

Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001.

Au niveau de la RMR, les TMNA pour les immigrants de chacun de ces trois pays étaient généralement plus faibles que ceux pour les personnes nées au Canada (tableau 3). Les femmes de l'Inde vivant à Toronto (634) et à Montréal (503), ainsi que les femmes du Royaume-Uni à Vancouver (700), faisaient exception, leurs TMNA ne différant pas de façon significative de ceux pour les femmes nées au Canada.

Le TMNA plus élevé chez les femmes de l'Inde au niveau de la RMR était le fait dans une large mesure d'un TMNA élevé attribuable aux maladies de l'appareil circulatoire (tableau H en annexe). À Vancouver, le TMNA relativement élevé chez les femmes du Royaume-Uni était attribuable en partie aux TMNA élevés pour les maladies de l'appareil circulatoire (289) et le cancer (281). Les immigrants de la Chine avaient presque toujours des TMNA plus faibles que ceux de la population née au Canada dans chaque RMR. Toutefois, à Montréal, le TMNA attribuable au cancer chez les femmes de la Chine (209) était similaire à celui des femmes nées au Canada (252).

Discussion

L'Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement de 1991 à 2001 permet d'analyser l'effet de l'immigrant en santé — l'hypothèse qui domine dans la recherche sur la santé des immigrants — selon la région du monde du lieu de naissance et pour différentes régions au Canada. Cette hypothèse laisse supposer que les immigrants arrivent en meilleure santé que la population née au Canada, mais que cet avantage au chapitre de la santé a tendance à disparaître au fil du temps. Les résultats de cette étude appuient globalement cette tendance. Toutefois, tout comme dans les recherches antérieures^{24,25}, l'analyse des TMNA selon la région du monde du lieu de naissance, la période d'immigration et le lieu de résidence révèle des différences sous-jacentes qui ne sont peut-être pas évidentes lorsque l'on examine uniquement les résultats globaux.

Par exemple, l'étude a permis de déterminer que les immigrantes de l'Asie du Sud avaient tendance à avoir des TMNA élevés pour les maladies de l'appareil circulatoire. Ce

résultat confirme les recherches antérieures selon lesquelles les taux de mortalité attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire sont élevés chez les Asiatiques du Sud établis dans les pays asiatiques et non asiatiques²⁸, même si les résultats sont mixtes pour les immigrants de première génération de ces régions et les résidents du Canada. Une étude fondée sur les données sur la mortalité au Canada des années 60 aux années 80, qui ne révélait pas de risque élevé de maladies de l'appareil circulatoire, soulevait l'hypothèse que du fait des critères de sélection du système d'immigration en ce qui a trait à l'état de santé, les immigrants de l'Asie du Sud n'étaient peut-être pas pleinement représentatifs de la population de l'Asie du Sud en général²². Néanmoins, une étude plus récente fondée sur les données sur la mortalité de 1979 à 1993 a montré des taux élevés de mortalité attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire chez les Asiatiques du Sud des deux sexes au Canada²⁰.

L'hétérogénéité des TMNA dans les sous-groupes d'immigrants vivant à Vancouver, Toronto et Montréal est aussi évidente dans la présente étude. Par exemple, les hommes nés en Europe de l'Est et résidant à Vancouver affichaient des TMNA attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire relativement élevés, mais pas leurs homologues de Toronto et de Montréal. Ce résultat fait ressortir l'importance d'effectuer des recherches par pays et par cause au niveau de la RMR.

Limites

Dans l'ensemble, même si la présente analyse appuie l'aspect de la durée de l'effet de l'immigrant en santé, les résultats ne s'appliquent pas aux immigrants de toutes les régions du monde. Des facteurs comme la situation socioéconomique avant la migration et l'âge au moment de la migration peuvent influencer la mortalité après l'immigration dans les diverses cohortes. Par ailleurs, la catégorie d'immigrant (composante économique, regroupement familial ou réfugié) peut être un déterminant important des résultats en matière de santé suivant l'immigration; toutefois, ces données ne sont pas disponibles dans l'Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement de 1991 à 2001.

La présente analyse comporte plusieurs autres limites. Tout d'abord, même en présence d'une base de données aussi importante, la taille de l'échantillon pose un problème lorsque les données sur la région du monde du lieu de naissance font l'objet d'une classification croisée selon le lieu de résidence et la période d'immigration. Par ailleurs, les profils d'immigration diffèrent selon la RMR. Par exemple, les Haïtiens ont tendance à s'établir à Montréal; ainsi, les études de ce groupe sont susceptibles de se concentrer sur une RMR seulement.

Une deuxième limite possible a trait aux différences d'attrition dans l'étude de suivi de la mortalité selon le recensement. Si les immigrants sont plus susceptibles que les personnes nées au Canada de quitter le pays, cela pourrait expliquer en partie l'effet de l'immigrant en santé qui est ressorti de la présente analyse. Toutefois, même s'il existe une possibilité que les immigrants quittent le pays, elle est plus répandue chez les jeunes. Les taux de mortalité à un âge plus jeune ont tendance à être faibles, ce qui fait qu'une telle attrition ne devrait pas avoir de répercussions importantes sur les résultats.

En troisième lieu, l'étude est limitée par le manque d'information concernant les facteurs de risque, comme l'activité physique, l'indice de masse corporelle, la nutrition, l'usage du tabac et la consommation d'alcool. Ces données sont habituellement recueillies au moyen d'enquêtes sur la santé qui comportent des petits échantillons, ce qui limite la capacité de procéder à une analyse par pays de l'effet de l'immigrant en santé.

Orientations pour l'avenir

Comme le montre l'Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement de 1991 à 2001, même lorsqu'ils ont passé 20 ans ou plus au pays, les immigrants de la plupart des régions du monde affichent des TMNA plus faibles que la population née au Canada. Parmi les domaines de recherche future figure un examen des déterminants socioéconomiques qui peuvent jouer un rôle dans l'adaptation des immigrants et contribuer à l'effet de l'immigrant en santé, y compris les évaluations médicales initiales qui sont effectuées au moment de l'arrivée au Canada²⁹. Une étude plus poussée du risque de mortalité des immigrants pourrait comprendre le recours à une analyse multidimensionnelle pour examiner des facteurs comme la profession, la scolarité et la connaissance des langues officielles. Par ailleurs, une étude plus poussée des différences dans l'expérience des différents groupes d'immigrants pourrait constituer un aspect important de la poursuite de la recherche. Des études à venir pourraient aussi examiner des cancers (poumon, colorectal, sein, etc.) et des maladies de l'appareil circulatoire (cardiopathie ischémique, maladie cérébrovasculaire, etc.) particuliers. Comme cette base de données comprend les autres causes de décès, une analyse pourrait aussi être effectuée pour des causes comme le diabète et les blessures intentionnelles et non intentionnelles.

Références

1. T. Chui, H. Maheux et K. Tran, *Immigration au Canada : un portrait de la population née à l'étranger, Recensement de 2006*, Ottawa, Statistique Canada, 2007 (Statistique Canada, n° 97-557-XIF au catalogue).
2. E.C. Malenfant, A. Lebel et L. Martel, *Projections de la diversité de la population canadienne, 2006-2031*, Ottawa, Statistique Canada, 2010 (Statistique Canada, n° 91-551-X au catalogue).
3. A. Gagnon, *La réceptivité du système canadien de soins de santé à l'égard des nouveaux arrivants*, Étude n° 40 (Catalogue No. CP32-79/40-2002F-IN), Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002.
4. D. Young et D. Spitzer, *Understanding the Health Care Needs of Canadian Immigrants*, Edmonton (Alberta), Prairie Centre of Excellence for Research on Immigration and Integration, 1999.
5. E. Ng, R. Wilkins, F. Gendron et J.-M. Berthelot, « L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *En santé aujourd'hui, en santé demain? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population*, Ottawa, Statistique Canada, 2005 (Statistique Canada, n° 82-618 au catalogue).
6. K.B. Newbold, « Self-rated health within the Canadian immigrant population: Risk and the healthy immigrant effect », *Social Science and Medicine*, 60, 2005, p. 1359-1370.
7. J. Chen, E. Ng et R. Wilkins, « La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, 7(4), 1996, p. 37-50.
8. K.B. Newbold et J. Danforth, « Health status and Canada's immigrant population », *Social Science and Medicine*, 57, 2003, p. 1881-1995.
9. K. Pottie, E. Ng, D. Itzer et al., « Language proficiency, gender and self-reported health: An analysis of the first two waves of the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada », *Canadian Journal of Public Health*, 99(6), 2008, p. 505-510.
10. C.F. Pérez, « État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants », *Rapports sur la santé*, 13(suppl.), 2002, p. 99-111.
11. J.T. McDonald et S. Kennedy, « Insights into the "healthy immigrant effect": Health status and health service use of immigrants to Canada », *Social Science and Medicine*, 59, 2004, p. 1613-1627.
12. J. Chen, R. Wilkins et E. Ng, « Espérance de santé selon le statut d'immigrant », *Rapports sur la santé*, 8(3), 1996, p. 31-41.
13. J. Ali, « La santé mentale des immigrants au Canada », *Rapports sur la santé*, 13(suppl.), 2002, p. 113-125.
14. Y. Lou et R. Beaujot, *What Happens to the "Healthy Immigrant Effect"? The Mental Health of Immigrants to Canada*, Discussion Paper 05-15, London, Ontario, Population Studies Centre, University of Western Ontario, 2005.
15. Z. Wu et C. Schimmele, « The healthy migrant effect on depression: variation over time? », *Canadian Studies in Population*, 32(2), 2005, p. 271-298.
16. E. Ng, « Utilisation des données relatives à la santé au Canada », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, 17, 2010, p. 47-49.
17. I. Hyman, *Immigration and Health: Reviewing Evidence of the Healthy Immigrant Effect in Canada*, Joint Centre of Excellence for Research on Immigration and Settlement Working Paper 55, Toronto, Centre of Excellence for Research on Immigration and Settlement, 2007.
18. E.V. Kiewer et K.R. Smith, « Ovarian cancer mortality among immigrants in Australia and Canada », *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 4, 1995, p. 453-458.
19. E.V. Kiewer et D. Ward, « Convergence of immigrant suicide rates to those in the destination country », *American Journal of Epidemiology*, 127(3), 1988, p. 640-653.
20. T. Sheth, C. Nair, M. Nargundkar et al., « Cardiovascular and cancer mortality among Canadians of European, South Asian and Chinese origin from 1979 to 1993: An analysis of 1.2 million deaths », *Canadian Medical Association Journal*, 161(2), 1999, p. 131-138.
21. J. Strachan, H. Johansen, C. Nair et M. Nargundkar, « Taux de mortalité par suicide au Canada : Première génération d'immigrants et personnes nées au Canada », *Rapports sur la santé*, 2(4), 1990, p. 327-341.
22. C. Nair, M. Nargundkar, H. Johansen et J. Strachan, « Mortalité attribuable aux maladies cardio-vasculaires au Canada : Première génération d'immigrants et personnes nées au Canada », *Rapports sur la santé*, 2(3), 1990, p. 203-228.
23. F. Trovato, *Migration and Survival: The Mortality Experience of Immigrants in Canada [Research paper]*, Edmonton (Alberta), Prairie Centre for Research on Immigration and Integration, 2003, disponible à l'adresse <http://pccrii.metropolis.net/Virtual%20Library/FinalReports/Migration%20and%20Survival%20-%20Part%201.pdf>.
24. M. DesMeules, J. Gold, A. Kazanjian, D. Manuel et al., « New approaches to immigrant health assessment », *Canadian Journal of Public Health*, 95(3), 2004, p. 122-126.
25. M. DesMeules, J. Gold, S. McDermott et al., « Disparities in mortality patterns among Canadian immigrants and refugees, 1980-1998: Results of a national cohort study », *Journal of Immigrant Health*, 7(4), 2005, p. 221-232.
26. R. Wilkins, M. Tjepkema, C. Mustard et R. Choinière, « Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001 », *Rapports sur la santé*, 19(3), 2008, p. 27-48.
27. Statistique Canada, « Les principales causes de décès (2007) », *Le Quotidien* (N° de Cat. 11-001), Ottawa, Statistique Canada, le 30 nov. 2010, p. 11-13.
28. P.M. McKeigue, G.J. Millar et M.G. Marmot, « Coronary heart disease in South Asians overseas: A review », *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(7), 1989, p. 597-609.
29. B.D. Gushulak et L.S. Williams, « National immigrant health policy: Existing policy, changing needs, and future directions », *Canadian Journal of Public Health*, 95(3), 2004, p. 127-129.

Annexe

Tableau A
Pays, selon la région du monde

Région du monde	Pays
États-Unis	États-Unis d'Amérique
Caribes/Amérique centrale et Amérique du Sud	Anguilla, Antigua, Argentine, Aruba, Bahamas, Barbade, Bélice, Bermudes, Bolivie, Brésil, Îles Caïmans, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, République dominicaine, Équateur, El Salvador, Îles Malouines, Guyane française, Grenade, Guadeloupe, Guatemala, Guyane, Haïti, Honduras, Jamaïque, Martinique, Mexique, Montserrat, Antilles néerlandaises, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Porto Rico, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago, Turks et Caïcos, Uruguay, Venezuela, Îles Vierges britanniques, Îles Vierges américaines
Europe de l'Ouest	Andorre, Autriche, Belgique, Chypre, Danemark, République fédérale d'Allemagne, Finlande, France, Gibraltar, Grèce, Islande, Italie, Liechtenstein, Luxembourg, Malte, Monaco, Pays-Bas, Norvège, Portugal, République d'Irlande, Saint-Marin, Espagne, Suède, Suisse, Royaume-Uni, État de la cité du Vatican
Europe de l'Est	Albanie, Bulgarie, République tchèque et République slovaque, Hongrie, Pologne, Roumanie, Russie, Yougoslavie
Afrique subsaharienne	Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, République du Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, Comores, Congo, Guinée équatoriale, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Côte-d'Ivoire, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Île Maurice, Mayotte, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, République de Djibouti, République d'Afrique du Sud, Rwanda, Île de la Réunion, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Somalie, Sainte-Hélène et Ascension, Swaziland, Tanzanie, Togo, Ouganda, Zaïre, Zambie, Zimbabwe
Afrique du Nord/Moyen-Orient/Asie de l'Ouest	Afghanistan, Algérie, Bahreïn, Égypte, Iran, Irak, Israël, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Qatar, République du Yémen, Arabie saoudite, Soudan, Syrie, Tunisie, Turquie, Émirats arabes unis, République arabe sahraouie démocratique
Asie du Sud	Bangladesh, Bhoutan, Inde, Népal, Pakistan, République des Maldives, Sri Lanka
Asie du Sud-Est	Brunei, Indonésie, Cambodge, Laos, Malaisie, Philippines, Thaïlande, Union de Myanmar, Viet Nam
Asie de l'Est	Hong Kong, Japon, Macao, Mongolie, Corée du Nord, République populaire de Chine, Taiwan, Singapour, Corée du Sud
Océanie	Samoa américaines, Australie, Îles Cook, États fédérés de Micronésie, Fidji, Polynésie française, Groenland, Guam (É.-U.), Kiribati, Îles Marshall, Nauru, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Pitcairn, République des Palaos, Îles Salomon, St-Pierre-et-Miquelon, Tonga, Tuvalu, Territoire des îles de la mer de Corail, Vanuatu, Wallis et Futuna, État indépendant du Samoa, autre

Tableau B

Certaines caractéristiques des membres de la cohorte nés au Canada et immigrants, selon la région du monde du lieu de naissance, population de 25 ans et plus ne vivant pas en établissement, Canada, 1991

	Né(e)s au Canada	Immigrants									
		Total	États-Unis	Caraïbes/ Amérique centrale et Amérique du Sud	Europe de l'Ouest	Europe de l'Est	Afrique sub- saharienne	Afrique du Nord/ Asie de l'Ouest	Asie du Sud	Asie du Sud-Est	Asie de l'Est
Nombre total	2 167 500	552 300	31 900	46 700	262 700	69 000	12 200	20 300	26 900	33 100	44 800
		Pourcentage									
Sexe											
Hommes	49	51	43	45	52	53	53	57	54	46	49
Femmes	51	49	57	55	48	47	47	43	46	54	51
Groupe d'âge											
25 à 44 ans	57	44	46	63	35	29	66	61	62	70	58
45 à 64 ans	28	37	30	32	44	35	29	31	31	24	31
65 ans et plus	15	19	24	6	22	36	5	8	7	6	11
Période d'immigration											
Avant 1971	...	56	55	25	78	70	15	29	19	8	21
1971 à 1980	...	23	30	42	15	11	45	26	41	42	32
1981 à 1991	...	21	15	33	7	19	40	45	39	50	47
Résidence											
Région métropolitaine de recensement - Montréal, Toronto, Vancouver	25	54	28	73	48	48	64	74	67	61	75
Autre région métropolitaine de recensement	30	28	29	20	29	35	28	22	22	32	20
Agglomération de recensement	18	9	17	4	12	9	5	3	9	5	3
Rurale	28	8	26	4	11	8	3	1	3	2	1

... n'ayant pas lieu de figurer

Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001.

Tableau C

Décès et taux de mortalité bruts et normalisés selon l'âge attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire et au cancer pour 100 000 années-personnes à risque chez les immigrants, selon le sexe et la période d'immigration, comparativement aux membres de la cohorte nés au Canada, population ne vivant pas en établissement de 25 ans et plus à la date de référence, Canada, 1991 à 2001

	Hommes					Femmes						
	Taux de mortalité				Intervalle de confiance à 95 %	Taux de mortalité				Intervalle de confiance à 95 %		
	Décès	Bruts	Normalisés selon l'âge			Décès	Bruts	Normalisés selon l'âge				
											de	à
Maladies de l'appareil circulatoire (total)	56 628	420	463	459	467	39 797	285	252	250	255		
Né(e)s au Canada	44 121	412	492	487	497	30 829	276	259	256	262		
Immigrants	12 507	449	382**	375	389	8 968	324	228**	223	233		
Avant 1971	10 657	685	399*	391	407	7 643	514	236**	230	241		
1971 à 1980	1 199	185	352*	332	374	840	124	201**	187	215		
1981 à 1991	651	112	275*	253	300	485	80	183**	167	201		
Cancer (total)	50 357	373	390	387	394	35 219	252	244	242	247		
Né(e)s au Canada	39 170	366	410	406	414	28 090	251	255	252	258		
Immigrants	11 187	401	333**	326	339	7 129	257	209**	204	214		
Avant 1971	9 368	602	350*	343	358	5 700	383	222*	215	228		
1971 à 1980	1 179	182	288*	271	307	897	133	181*	169	194		
1981 à 1991	640	110	225*	207	246	532	87	160*	146	176		

* va dans le sens de l'effet de durée

** différence significative par rapport à la population née au Canada

Nota : La population de référence (années-personnes à risque) pour la normalisation selon l'âge a été tirée de la répartition par âge de l'ensemble de la cohorte (tranches d'âge de cinq ans).

Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001.

Tableau D

Décès et taux de mortalité bruts et normalisés selon l'âge attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire pour 100 000 années-personnes à risque chez les immigrants, selon le sexe, la région du monde du lieu de naissance et la période d'immigration, comparativement aux membres de la cohorte nés au Canada, population ne vivant pas en établissement de 25 ans et plus à la date de référence, Canada, 1991 à 2001

	Hommes					Femmes				
	Taux de mortalité					Taux de mortalité				
	Décès	Bruts	Normalisés selon l'âge	Intervalle de confiance à 95 %		Décès	Bruts	Normalisés selon l'âge	Intervalle de confiance à 95 %	
				de	à				de	à
Né(e)s au Canada	44 121	412	492	487	497	30 829	276	259	256	262
Immigrants (total)	12 507	449	382*	375	389	8 968	324	228*	223	233
États-Unis	904	673	441*	412	472	966	537	249	231	268
Avant 1971	721	986	444*	410	481	825	869	262	240	286
1971 à 1980	140	337	472	398	561	86	157	194*	154	243
1981 à 1991	43	219	392	286	537	55	184	278	208	371
Caraïbes/Amérique centrale et Amérique du Sud	299	137	280*	244	320	234	88	175 [†] *	153	200
Avant 1971	113	211	257*	206	320	86	131	179*	143	224
1971 à 1980	118	129	294*	235	369	94	84	176*	143	218
1981 à 1991	68	93	317*	240	420	54	61	158*	118	212
Europe de l'Ouest	6 978	520	391*	381	400	4 995	392	230*	223	237
Avant 1971	6 440	616	395*	385	405	4 590	467	233*	226	240
1971 à 1980	398	191	412*	370	459	258	128	198*	174	225
1981 à 1991	140	158	339*	286	402	147	164	230	194	272
Europe de l'Est	3 042	868	406*	391	422	1 922	600	239 [†] *	228	251
Avant 1971	2 892	1 194	416*	398	434	1 810	850	244*	232	257
1971 à 1980	89	245	363*	292	451	79	203	212	169	265
1981 à 1991	61	85	365	272	490	33	48	139*	98	198
Afrique subsaharienne	93	137	359*	282	457	61	103	273	209	357
Avant 1971	25	258	307*	202	468	24	274	256	166	395
1971 à 1980	46	156	441	310	626	27	96	284	186	432
1981 à 1991	22	77	359	188	687	10	F	F	F	F
Afrique du Nord/Moyen-Orient/Asie de l'Ouest	248	207	364 [†] *	318	415	118	130	215*	179	258
Avant 1971	143	430	433	363	517	64	239	217	169	278
1971 à 1980	56	182	327*	247	431	43	184	269	199	364
1981 à 1991	49	88	243*	176	334	11	F	F	F	F
Asie du Sud	274	182	310 [†] *	271	355	157	121	272	229	322
Avant 1971	95	305	383	292	501	54	245	270	203	360
1971 à 1980	108	182	332*	269	409	61	108	332	231	478
1981 à 1991	71	119	247*	185	329	42	83	269	183	397
Asie du Sud-Est	185	117	251*	214	294	164	88	191*	161	226
Avant 1971	19	183	174*	106	285	33	198	267	182	392
1971 à 1980	82	114	274*	217	347	65	88	169*	131	218
1981 à 1991	84	111	257*	202	327	66	68	178*	133	239
Asie de l'Est	441	198	266 [†] *	241	293	321	134	159 [†] *	142	177
Avant 1971	183	384	372*	317	436	141	306	185*	155	222
1971 à 1980	149	208	251*	213	296	114	147	163*	135	196
1981 à 1991	109	105	190*	151	238	66	57	122*	93	159

[†] va dans le sens de l'effet de durée

* différence significative par rapport à la population née au Canada

F trop peu fiable pour être publié

Nota : La population de référence (années-personnes à risque) pour la normalisation selon l'âge a été tirée de la répartition par âge de l'ensemble de la cohorte (tranches d'âge de cinq ans).

Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001.

Tableau E

Décès et taux de mortalité bruts et normalisés selon l'âge attribuables au cancer pour 100 000 années-personnes à risque chez les immigrants, selon le sexe, la région du monde du lieu de naissance et la période d'immigration, comparativement aux membres de la cohorte nés au Canada, population ne vivant pas en établissement de 25 ans et plus à la date de référence, Canada, 1991 à 2001

	Hommes					Femmes				
	Taux de mortalité					Taux de mortalité				
	Décès	Bruts	Normalisés selon l'âge	Intervalle de confiance à 95 %		Décès	Bruts	Normalisés selon l'âge	Intervalle de confiance à 95 %	
				de	à				de	à
Né(e)s au Canada	39 170	366	410	406	414	28 090	251	255	252	258
Immigrants (total)	11 187	401	333*	326	339	7 129	257	209*	204	214
États-Unis	624	464	332*	306	360	610	339	253	232	276
Avant 1971	471	644	319*	290	352	480	505	268	241	298
1971 à 1980	112	270	338	279	409	91	166	235	188	293
1981 à 1991	41	208	294	211	408	39	131	253	180	356
Caribes/Amérique centrale et Amérique du Sud	308	141	256**	223	293	302	113	163**	144	184
Avant 1971	143	267	313*	256	382	133	202	193*	159	235
1971 à 1980	107	117	239*	188	304	108	96	146*	118	181
1981 à 1991	58	80	209*	156	281	61	69	142*	108	188
Europe de l'Ouest	6 654	496	359**	350	368	4 115	323	226**	219	233
Avant 1971	6 101	583	363*	354	373	3 702	377	228*	220	237
1971 à 1980	418	201	344*	308	385	300	149	204*	181	231
1981 à 1991	135	153	296*	248	353	113	126	193*	159	235
Europe de l'Est	2 393	683	347**	332	362	1 269	396	210*	197	223
Avant 1971	2 221	917	350*	329	371	1 115	524	206*	189	225
1971 à 1980	104	286	327*	265	404	79	203	208	165	262
1981 à 1991	68	95	276*	204	374	75	110	253	197	326
Afrique subsaharienne	83	122	266*	203	349	58	98	158*	118	211
Avant 1971	28	289	335	221	507	19	217	219	137	350
1971 à 1980	42	142	243*	158	374	29	103	157*	99	247
1981 à 1991	13	F	F	F	F	10	F	F	F	F
Afrique du Nord/Moyen-Orient/Asie de l'Ouest	168	140	218**	185	257	102	113	144**	118	177
Avant 1971	98	294	268*	217	330	51	190	169*	126	225
1971 à 1980	47	153	253*	187	342	31	133	158*	110	228
1981 à 1991	23	41	91*	55	148	20	50	113*	63	202
Asie du Sud	138	92	134**	111	162	104	80	124*	100	153
Avant 1971	53	170	186*	135	258	38	173	153*	107	217
1971 à 1980	49	83	133*	97	184	37	66	116*	81	167
1981 à 1991	36	60	109*	76	157	29	57	116*	73	182
Asie du Sud-Est	212	134	229**	197	267	170	91	130*	110	155
Avant 1971	30	289	294	193	446	27	162	135*	83	218
1971 à 1980	101	141	251*	200	315	82	111	155*	121	199
1981 à 1991	81	107	211*	164	271	61	63	115*	86	153
Asie de l'Est	556	250	284*	260	309	360	151	167*	150	185
Avant 1971	190	399	295*	251	348	103	223	154*	125	190
1971 à 1980	187	261	306*	264	355	137	176	189*	159	225
1981 à 1991	179	173	249*	210	294	120	104	149*	123	181

* va dans le sens de l'effet de durée

** différence significative par rapport à la population née au Canada

F trop peu fiable pour être publié

Nota : La population de référence (années-personnes à risque) pour la normalisation selon l'âge a été tirée de la répartition par âge de l'ensemble de la cohorte (tranches d'âge de cinq ans).

Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001.

Tableau F

Décès et taux de mortalité bruts et normalisés selon l'âge attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire pour 100 000 années-personnes à risque chez les immigrants, selon le sexe et la région du monde du lieu de naissance, comparativement aux membres de la cohorte nés au Canada, population ne vivant pas en établissement de 25 ans et plus à la date de référence, Toronto, Montréal et Vancouver, 1991 à 2001

	Hommes					Femmes				
	Taux de mortalité					Taux de mortalité				
	Décès	Bruts	Normalisés selon l'âge	Intervalle de confiance à 95 %		Décès	Bruts	Normalisés selon l'âge	Intervalle de confiance à 95 %	
				de	à				de	à
Né(e)s au Canada										
Toronto	3 165	354	463	446	480	2 597	263	257	247	267
Montréal	4 841	407	509	495	525	3 680	275	231	224	239
Vancouver	1 862	398	451	431	473	1 454	287	256	243	269
Immigrants (total)										
Toronto	2 988	335	354*	341	367	2 004	219	209*	200	218
Montréal	1 177	355	334*	315	354	674	212	160*	148	173
Vancouver	1 220	414	382*	361	404	992	326	232*	217	247
États-Unis										
Toronto	66	360	387	301	496	74	307	224	176	285
Montréal	62	806	485	370	636	51	516	169	123	232
Vancouver	61	521	416	322	539	86	575	238	181	313
Caraïbes/Amérique centrale et Amérique du Sud										
Toronto	145	137	289*	237	352	126	93	193*	159	234
Montréal	54	132	248*	182	338	35	67	104*	73	147
Vancouver	12	136	258	139	480	7	F	F	F	F
Europe de l'Ouest										
Toronto	1 668	428	388*	369	408	1 085	285	212*	199	225
Montréal	528	345	319*	291	349	319	233	165*	147	185
Vancouver	673	611	409*	378	442	585	543	250	228	273
Europe de l'Est										
Toronto	731	665	363*	337	391	453	421	211*	192	232
Montréal	348	1 076	378*	336	424	169	523	152*	129	180
Vancouver	174	702	430	369	501	111	522	245	201	298
Afrique subsaharienne										
Toronto	27	97	269	153	473	12	F	F	F	F
Montréal	4	F	F	F	F	F	F	F	F	F
Vancouver	21	230	524	312	880	17	F	F	F	F
Afrique du Nord/Moyen-Orient/Asie de l'Ouest										
Toronto	52	165	327*	241	444	27	110	256	168	391
Montréal	133	266	366*	307	437	56	141	179	138	234
Vancouver	5	F	F	F	F	4	F	F	F	F
Asie du Sud										
Toronto	111	172	400	283	566	60	110	304	206	448
Montréal	10	F	F	F	F	8	F	F	F	F
Vancouver	53	212	431	280	663	28	120	289	191	436
Asie du Sud-Est										
Toronto	56	107	236*	177	314	64	100	218	165	289
Montréal	21	109	254*	154	417	21	95	200	129	312
Vancouver	32	138	247*	172	355	20	69	152*	94	243
Asie de l'Est										
Toronto	127	143	203*	169	244	100	105	145*	119	176
Montréal	16	151	159*	92	276	12	109	110*	62	196
Vancouver	171	258	312*	268	364	120	162	166*	139	199

* différence significative par rapport à la population née au Canada

F trop peu fiable pour être publié

Nota : La population de référence (années-personnes à risque) pour la normalisation selon l'âge a été tirée de la répartition par âge de l'ensemble de la cohorte (tranches d'âge de cinq ans).

Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001.

Tableau 6

Décès et taux de mortalité bruts et normalisés selon l'âge attribuables au cancer pour 100 000 années-personnes à risque chez les immigrants, selon le sexe et la région du monde du lieu de naissance, comparativement aux membres de la cohorte nés au Canada, population ne vivant pas en établissement de 25 ans et plus à la date de référence, Toronto, Montréal et Vancouver, 1991 à 2001

	Hommes					Femmes				
	Taux de mortalité					Taux de mortalité				
	Décès	Bruts	Normalisés selon l'âge	Intervalle de confiance à 95 %		Décès	Bruts	Normalisés selon l'âge	Intervalle de confiance à 95 %	
				de	à				de	à
Né(e)s au Canada										
Toronto	2 916	326	395	381	410	2 591	262	274	263	285
Montréal	4 727	398	459	445	472	3 569	267	252	244	261
Vancouver	1 533	327	360	342	379	1 343	265	256	243	271
Immigrants (total)										
Toronto	2 942	330	321*	309	333	1 971	215	204*	195	214
Montréal	1 222	368	326*	307	345	624	196	165*	152	178
Vancouver	1 062	360	321*	302	341	741	244	206*	192	222
États-Unis										
Toronto	73	399	370	292	468	66	274	254	198	326
Montréal	40	520	390	276	552	41	415	285	201	404
Vancouver	46	393	334	248	449	50	334	278	203	380
Caraïbes/Amérique centrale et Amérique du Sud										
Toronto	157	149	260*	213	317	166	123	181*	151	217
Montréal	53	130	256*	188	347	57	109	144*	109	189
Vancouver	7	F	F	F	F	13	125	177	93	339
Europe de l'Ouest										
Toronto	1 673	429	353*	336	371	1 093	287	227*	213	241
Montréal	691	452	355*	328	385	296	216	168*	149	189
Vancouver	600	544	364	335	395	397	369	235	211	261
Europe de l'Est										
Toronto	655	595	348*	321	377	380	353	220*	197	246
Montréal	256	792	336*	291	389	136	421	173*	141	213
Vancouver	131	528	325	273	387	70	329	196*	152	252
Afrique subsaharienne										
Toronto	22	79	143*	83	249	22	87	137*	84	223
Montréal	7	F	F	F	F	3	F	F	F	F
Vancouver	17	186	305	165	566	9	F	F	F	F
Afrique du Nord/Moyen-Orient/Asie de l'Ouest										
Toronto	32	102	159*	106	237	26	106	164*	108	249
Montréal	96	192	252*	205	311	44	111	123*	91	165
Vancouver	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
Asie du Sud										
Toronto	59	91	141*	105	190	44	81	126*	91	174
Montréal	12	F	F*	F	F	F	F	F	F	F
Vancouver	21	84	119*	75	187	22	94	145*	90	234
Asie du Sud-Est										
Toronto	63	121	193*	146	256	47	73	108*	77	150
Montréal	30	156	247*	169	360	21	95	114*	73	180
Vancouver	37	160	255	182	358	35	121	186	129	270
Asie de l'Est										
Toronto	205	231	289*	250	334	123	129	153*	128	183
Montréal	32	301	277*	189	407	21	190	189	122	292
Vancouver	182	275	287*	247	334	138	186	191*	162	227

* différence significative par rapport à la population née au Canada

F trop peu fiable pour être publié

Nota : La population de référence (années-personnes à risque) pour la normalisation selon l'âge a été tirée de la répartition par âge de l'ensemble de la cohorte (tranches d'âge de cinq ans).

Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001.

Tableau H

Décès et taux de mortalité bruts et normalisés selon l'âge attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire et au cancer pour 100 000 années-personnes à risque chez les immigrants de la Chine (y compris Hong Kong), de l'Inde et du Royaume-Uni, selon le sexe, comparativement aux membres de la cohorte nés au Canada, population ne vivant pas en établissement de 25 ans et plus à la date de référence, Toronto, Montréal et Vancouver, 1991 à 2001

	Hommes					Femmes				
	Taux de mortalité				Intervalle de confiance à 95 %	Taux de mortalité				Intervalle de confiance à 95 %
	Décès	Bruts	Normalisés selon l'âge			Décès	Bruts	Normalisés selon l'âge		
Maladies de l'appareil circulatoire										
Né(e)s au Canada										
Toronto	3 165	354	463	446	480	2 597	263	257	247	267
Montréal	4 841	407	509	495	525	3 680	275	231	224	239
Vancouver	1 862	398	451	431	473	1 454	287	256	243	269
Immigrants										
Toronto	2 988	335	354*	341	367	2 004	219	209*	200	218
Montréal	1 177	355	334*	315	354	674	212	160*	148	173
Vancouver	1 220	414	382*	361	404	992	326	232*	217	247
Chine (y compris Hong Kong)										
Toronto	111	150	203*	167	246	84	108	143*	115	177
Montréal	15	176	168*	95	295	11	125	107*	58	196
Vancouver	160	289	340*	289	400	108	177	172*	142	208
Inde										
Toronto	90	197	418	296	590	48	123	306	205	457
Montréal	8	F	F	F	F	6	F	F	F	F
Vancouver	50	211	446	291	683	26	117	289	189	440
Royaume-Uni										
Toronto	698	596	407*	377	439	633	486	226*	208	246
Montréal	82	633	326*	261	406	114	768	213	171	266
Vancouver	362	679	394*	354	439	411	700	259	232	289
Cancer										
Né(e)s au Canada										
Toronto	2 916	326	395	381	410	2 591	262	274	263	285
Montréal	4 727	398	459	445	472	3 569	267	252	244	261
Vancouver	1 533	327	360	342	379	1 343	265	256	243	271
Immigrants										
Toronto	2 942	330	321*	309	333	1 971	215	204*	195	214
Montréal	1 222	368	326*	307	345	624	196	165*	152	178
Vancouver	1 062	360	321*	302	341	741	244	206*	192	222
Chine (y compris Hong Kong)										
Toronto	183	248	305*	263	355	104	134	155*	128	189
Montréal	27	316	275*	182	416	20	228	209	134	325
Vancouver	158	285	288*	245	339	122	200	195*	163	233
Inde										
Toronto	45	99	135*	97	189	34	87	124*	86	179
Montréal	6	F	F	F	F	F	F	F	F	F
Vancouver	21	89	128*	82	202	19	86	140*	84	232
Royaume-Uni										
Toronto	645	551	382	353	414	515	395	250	228	275
Montréal	81	625	361	289	451	71	478	224	172	291
Vancouver	324	608	373	334	417	246	419	244	212	281

* différence significative par rapport à la population née au Canada

F trop peu fiable pour être publié

Nota : La population de référence (années-personnes à risque) pour la normalisation selon l'âge a été tirée de la répartition par âge de l'ensemble de la cohorte (tranches d'âge de cinq ans).

Source : Étude canadienne de suivi de la mortalité selon le recensement, 1991 à 2001.